Rok XLVI. Kraków, dnia 11. maja 1907. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego.

Napisał

Doc. Dr V. Chlumsky w Krakowie.

W naukach lekarskich jest prawie regułą, że do zagadnień szczegółowo i obszernie nawet opracowanych zawsze jeszcze można dorzucić nowe uwagi i spostrzeżenia. Za przykład może posłużyć sprawa wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Po obszernem i gruntownem opracowaniu zdawała się sprawa ta być od szeregu lat zupełnie zamkniętą. Toteż i prace naukowe w tym kierunku pojawiały się w ostatnich czasach coraz rzadziej. W praktyce jednak napotyka się przypadki, które mimo wieloletniego doświadczenia zawsze jeszcze nastręczają pewne trudności i niespodzianki. Z pośród 40 kilku przypadków w mojej prywatnej praktyce w ostatnich 4 latach, miałem kilkakrotnie sposobność to stwierdzić.

Na szczególną uwagę zasługuje kilka z nich, które spostrzegałem dopiero dłuższy czas po operacyi, gdzieindziej dokonanej.

Jednego z tych chorych operowano przed pięciu laty z powodu obustronnego zwichnięcia stawu biodrowego. Odprowadzenie i ustalenie powiodły się w zupełności. W 3 lata po operacyi przyprowadzono chłopca do mnie z powodu uderzająco szpetnie wahadłowego chodu, obustronnego zesztywnienia (*ankylosis*) stawów biodrowych, połączonego z lekkiem zgięciem (*flexio*), silnem skręceniem (*rotatio*) na zewnątrz i miernego stopnia odwiedzeniem (*abductio*); jednem słowem ze znanem ustawieniem nóg żabkowatem, w któremto położeniu ustala się je po operacyi. Chód był utrudniony, silnie wahadłowy i o wiele szpetniejszy, niż w przypadkach zwichnięć wcale nieoperowanych. Z wywiadów dowiedziałem się, że opatrunek gipsowy był wprawdzie kilkakrotnie zmieniany, jednak bez przerwy leżał na jednej nodze przeszło cały rok, a na drugiej z małą przerwą nawet 15 miesięcy. Pod tym względem stanowczo za dużo zrobiono, a tak silne zesztywnienie należy bezsprzecznie odnieść do zbyt długiego ustalania nóg w opatrunku gipsowym.

Następowe leczenie, które podjęto zapomocą miesienia, ręcznego i maszynowego uruchomiania, było niedostateczne.

Jak wspomniano, objąłem chłopca w leczenie dopiero w 3 lata po operacyi z zupełnem zesztywnieniem, toteż zaledwie po kilku miesiącach udało mi się prawy staw w lekkim stopniu, lewy prawie zupełnie uruchomić. Szczególną usługę oddawały mi w tym przypadku gorące kąpiele powietrzne i skręcanie nóg w stawach biodrowych przy pomocy maszyn. Miesienie i uruchomianie ręczne okazały się niewystarczające i mniej skuteczne. Skutków widocznych miesienia nie mogłem stwierdzić, a ręczne uruchomianie napotykało na wielkie trudności ze strony chłopca tak, że żadnego wyniku nie mogło przynieść.

Obecnie, po leczeniu, trwającem przeszło rok, chód znacznie się poprawił, jednak dotąd nie jest jeszcze zupełnie dobry. Chłopiec może wprawdzie bez znużenia chodzić, nie skarży się na żadne bole, ale wahania na boki i nienaturalne podnoszenie nóg podczas chodu trwają w małym stopniu i nadal. Ponieważ atoli ruchomość w stawie biodrowym z każdym dniem jest lepsza, a chłopiec liczy dopiero 9 lat, usprawiedliwiona jest więc nadzieja, że przy dalszem leczeniu uda się w końcu uzyskać ruchy prawidłowe.

Dalsze 2 przypadki dotyczyły chłopca 8-letniego i dziewczyny 10-letniej. Były to przypadki, operowane z powodu jednostronnego zwichnięcia stawu biodrowego przez operatora, który posiada wielkie doświadczenie w tym kierunku, i jako wyleczone odesłane do domu. Oboje dzieci widziałem w parę lat po operacyi, przyprowadzone do mnie z powodu bolów w chorym stawie i kaczkowatego chodu.

Badanie u dziewczyny stwierdziło: Noga chora krótsza o 4 cm. i znacznie słabsza od zdrowej, chód o wybitnych cechach zwichnięć wrodzonych. Fotografia Röntgena stwierdza zupełne zwichnięcie z ustawieniem główki bardzo wysokiem. Z opowiadania rodziców dowiedziałem się, że operacya udała się zupełnie i że dziecko pozostawało z początku przez kilka lat pod nadzorem wspomnianego chirurga, który co rok je badał i zawsze stwierdzał dobre ułożenie główki. Ponieważ, jak wspomniałem, jest to wybitny i znany na tem polu chirurg, dlatego pomyłka jest prawie wyłączona i należy przyjąć, że było to zwichnięcie wtórne, które po latach nastąpiło. Rodzice utrzymywali, że wprawdzie chód wahadłowy istniał i po operacyi, jednak w mniejszym stopniu.

Nasze przypuszczenie potwierdził także w zupełności ów operator o tyle, że dokonał powtórnego odprowadzenia. Tym razem była to jednak transpozycya z przesunięciem i ustawieniem główki ku przodowi. Miałem sposobność znów badać tę dziewczynę w półtora roku po operacyi i stwierdziłem: skrócenie nogi o 3 cm., przywiedzenie (*adductio*) i skręcenie na zewnątrz, nadto lekkie zesztywnienie. Chód dziecka jest jednak zadowalniający, wahanie nieznaczne, rozwinęło się jednak skrzywienie części lędźwiowej kręgosłupa lewostronne i prawostronne krzyżowej.

W drugim z tych przypadków, dotyczącym owego 8 letniego chłopca, którego przyprowadzono do mnie jedynie z powodu bolu w stawie biodrowym, stwierdziłem również transpozycyę główki ku przodowi i chód wahadłowy, który jednak od od czasu do czasu pogarszał się, szczególnie, gdy chłopiec więcej biegał. Bolesność w tym czasie, gdy zgłoszono się do mnie, była tak znaczna, że musiałem polecić łóżko i zimne okłady. Skrócenie nogi wynosiło 3 cm., fotografia Röntgena potwierdziła w zupełności przypuszczenie co do przesunięcia główki ku przodowi, którą również można było wyraźnie przez skórę wymacać.

Dalszy przypadek dotyczył 5-letniej dziewczynki, u której 7 razy podejmowano odprowadzenie w obydwóch stawach biodrowych sposobem bezkrwawym. Według opowiadania matki dziecka wykonano siedem razy w uśpieniu odprowadzenie z następowym opatrunkiem gipsowym. Przy zmianie opatrunku jednak stwierdzano powtórne zwichnięcie. W końcu według zdania operatora udało się główkę na właściwem miejscu utrzymać i ustalić. Ponieważ jednak chód dziecka pozostał i nadal kulejący i wahadłowy, matka zgłosiła się z dziewczynką do mnie. Badanie stwierdziło zupełne zwichnięcie obustronne, połączone ze znacznem skróceniem i lekką przesuwalnością obydwóch główek. Nic nie przemawiało za przesunięciem główek ku przodowi. Wszystko to potwierdziło również zdjęcie fotograficzne Röntgena.

Podjęta przez nas sposobem bezkrwawym operacya napotkała na niezwykłe trudności. Zastosowano wszelkie możliwe chwyty i sposoby odprowadzenia, — nawet najnowsze podane przez Schanza — i zaledwie po półgodzinnem usiłowaniu powiodło się główki odprowadzić przy zastosowaniu metody, pole-

gającej na zgięciu nóżki, silnem spychaniu główki ku dołowi przy bezpośrednim ucisku palcami na krętarz, odprowadzaniu i skręcaniu na zewnątrz. Po odprowadzeniu, główki zatrzymywały się dosyć dobrze na właściwem miejscu, prawa jednak lepiej nieco, niż lewa.

Podobne stosunki napotkałem również w drugim przypadku, gdzie inny chirurg miał dokonać pomyślnego odprowadzenia. Była to dziewczynka 4-letnia, u której po odprowadzeniu założono opatrunek gipsowy, a po zdjęciu go w 8 tygodni później uznano dziecko za wyleczone.

W pół roku po operacyi stwierdziłem zupełne obustronne zwichnięcie. Podjęte odprowadzenie powiodło mi się po wielu trudach i dłuższem usiłowaniu metodą podobną, jak wyżej przytoczyłem.

Opatrunek gipsowy założono w obydwóch przypadkach w znanem ułożeniu żabkowatem. (Dok. nast.)

Spostrzeżenia z praktyki.

Wypadnięcie i uwięznięcie tylnej ściany pochwy u pierwiastki.

Podał

Dr Bernard Engländer

lekarz chorób kobiecych w Krakowie.

19. listopada 1906 r. wezwano mnie do chorej, 20-letniej mężatki. Zastałem ją w łóżku, ponieważ od rana tego dnia chodzić nie może, coś jej, jak się wyraża, między nogami przeszkadza i sprawia bole. W łóżku bole zupełnie ustały. Po ślubie dwa razy miesiączkowała, odtąd brak miesiączki. W ostatnich czasach przez dwa tygodnie silny kaszel, który od 3 dni zupełnie ustał. Poprzedniego dnia bardzo dużo chodziła, co ją nadzwyczaj zmęczyło. Stolec i mocz oddaje prawidłowo i zresztą nie skarży się na żadne dolegliwości. Przy badaniu znalazłem: Chora blada, dobrze zbudowana, lecz o delikatnym kośćcu. Ciepłota prawidłowa, tętno regularne. Objawy szóstego miesiąca księż. ciąży (macica sięga do pępka, części płodu i jego ruchy, oraz tętno wyraźne). Z pochwy (patrz rysunek) wystaje guz wielkości jaja kurzego ciemno-czerwony, pokryty błoną śluzową, nie krwawiący. Błona śluzowa na guzie ułożona w poprzeczne fałdy. Guz, zbitości ciastowatej, dający się z trudnością do pochwy wprowadzić, ma postać grzyba o szerokiej podstawie, przechodzącej wprost w błonę śluzową tylnej ściany pochwy, poczyna się tuż za błoną dziewiczą, która w linii środkowej ma głęboki wręb aż do nasady. Guz nie stoi w związku ani z odbytnicą ani z częścią pochwową; powyżej zaś niego znajduje się bardzo wązkie wejście do zupełnie zresztą prawidłowej pochwy, które z trudnością palec przepuszcza. Część pochwowa macicy rozpulchniona, stożkowata. Guz z trudnością odprowadzono i starano się utrzymać w pochwie zapomocą kilku (4) małych tamponików, zamaczanych w sublimacie 1‰. Chorej zalecono zupełny spokój.

20. XI. Ciepłota wieczorem 36·6° C, tętno 84, regularne. Przy oddawaniu moczu bolów niema. Ból głowy, wymioty. Guz wypadł przy ruchu, jest jeszcze ciemno-czerwony, nieco mniejszy, nie sprawia bolów. Ponowne odprowadzenie. Przeciw bolom głowy polecono pyramidon 0·25 z kofeiną 0·05.

21. XI. Ból głowy ustał. Sen i stan ogólny dobry. Ciepłota wieczór 36·4° C, tętno 84 regularne, pełne, dobrze napięte. Czynności pęcherza i odbytnicy bez zboczeń. Po wyjęciu tamponów guz nie wychodzi. W pochwie czuje się guz o $^2/_3$ mniejszy, niebolesny. Przepłukanie pochwy 1% rozczynem kwasu karbolowego i tamponada (4 małe tampony).

22. XI. Stan ogólny dobry. Dwa tampony wypadły. Z pochwy wypływ krwawo zabarwiony, guz nie wypadł. Badaniem stwierdzić można w pochwie guz o wiele już mniejszy, ciastowaty, przechodzący wprost w tylny rząd marszczek; na wyjętym z pochwy palcu wydzielina brudno-krwawa, niecuchnąca. Stolec był. Mocz oddaje chora prawidłowo. Przestrzykanie pochwy słabym rozczynem karbolu. Chorej pozwolono położyć się na boku. Dwa razy dziennie przestrzykiwanie pochwy 1% rozczynem kwasu karbolowego.

25. XI. Stan ogólny dobry. Wypływ z pochwy ustał, usunięto więc przepłukiwania pochwy.

27. XI. Chora chodzi, nie krwawi; skarży się na świąd w kroku i kłucie przy moczeniu. Obrzęk surowiczy prawej wargi mniejszej, upławy białe skąpe. W pochwie ani śladu guza, w miejscu jego prawidłowa błona śluzowa tylnej ściany pochwy. Zalecono spokój, zimne okłady, zmywania letnią wodą borową i trzy razy dziennie po 2 kołaczyki helmitolu, poczem poprawa.

15. XII. Chora ma się dobrze, chodzi; z pochwy nic nie wychodzi. 14. I. 1907. Stan zupełnie dobry.

Z początkiem lutego poród siłami natury płodu donoszonego. Wypadnięcie pochwy nie nastąpiło.

W rozpoznaniu należało uwzględnić, czy nie mamy przed sobą np. żylaka pochwy, nowotworu pochwy lub też usadowionego w tkance łącznej między pochwą, a odbytnicą, nowotworu, wyrastającego ze ściany odbytnicy, uchyłka tejże, lub wreszcie przepukliny uwięzniętej, która zamiast przez krocze wystąpiła przez pochwę. Wobec braku wogóle żylaków, zwłaszcza na kończynach dolnych i wargach sromowych, w miejscach, w których się w ciąży żylaki dość często spotyka, trudnoby było przyjąć odosobniony żylak pochwy, a już sam przebieg choroby przemawia przeciw temu. Równie łatwo wyłączyć można w rozpoznaniu wszelkie wspomniane wyżej nowotwory, jakoteż przekonać się przy badaniu, że nie ma żadnego uchyłka, któryby z guzem wystającym z pochwy, pozostawał w związku i weń przechodził. Przepuklina uwięznięta w tym przypadku najmniej wchodzi w rachubę, tak ze względu na nieprawidłową siedzibę, jak i z powodu dobrego ogólnego stanu chorej przez cały czas cierpienia (braku wszelkich zaburzeń jelitowych i zadrażnienia otrzewnej).

Opierając się więc na przebiegu choroby i wyłączywszy wszelkie inne cierpienia, możemy w naszym przypadku rozpoznać: Wypadnięcie z następowem uwięznięciem tylnej ściany pochwy u pierwiastki. Powstanie cierpienia w przypadku naszym nie można wprowadzać w związek przyczynowy z długotrwałym silnym kaszlem, który ustał na trzy dni przed wystąpieniem cierpienia. Nie można też uważać cierpienia za skutek wrodzonego lub nabytego wśród ciąży zwiotczenia ściany pochwy. Gdyby tak było, słusznie możnaby zapytać, dlaczego dawniej pochwa nie wypadała albo dlaczego później, gdy chora znowu chodzić zaczęła, cierpienie się nie powtórzyło. Upłynęło potem kilka miesięcy, ciąża postępowała, a z nią rozpulchnienie i rozszerzenie pochwy się zwiększało, wśród tego nastąpił poród, a przecież pochwa nie wypadła mimo silnych bolów i ucisku główki poprzedzającej. Spotykalibyśmy się zresztą z pewnością częściej z tem cierpieniem także u pierwiastek, gdyby ono zależało od zwiotczenia tkanek wśród ciąży.

Czy powstanie cierpienia zależało wreszcie od długiego i męczącego chodzenia w owym dniu, w którym pochwa wypadła, niepodobna stanowczo orzec.

W piśmiennictwie nie zdołałem znaleźć drugiego podobnego przypadku.

Oceny i sprawozdania.

E. Gottschalk. **Obecny stan leczenia rentgenowskiego.** (Stuttgart. F. Enke, 1907).

W broszurze swej przedstawia Gottschalk treściwie działanie i lecznicze zastosowanie promieni Röntgena według obecnego stanu nauki. Wpływ promieni Röntgena na drobnoustroje jest bardzo niewielki. Z pierwotniaków tylko niektóre są bardzo czułe na naświetlanie. W ustrojach wyższych tylko pewne tkanki szczególnie wybitnie podlegają działaniu promieni, np. gruczoły płciowe, śledziona, szpik kostny, gruczoły limfatyczne i t. p. Z ciałek białych ulegają najprędzej zniszczeniu limfocyty. Przy rozpadzie ich powstaje we krwi leukotoksyna, wywołująca u innych zwierząt rozpad ciałek białych, a zarazem odporność przeciw dalszemu działaniu tej trucizny. Leukotoksyna działać ma drażniąco na nerki, czego jednak autor nigdy nie stwierdził. Naświetlanie wywołać też może rozmaite jeszcze inne zmiany, jak zapalenie spojówek, zaćmienie rogówki, zapalenie tęczówki, zanik nerwu wzrokowego, a nawet u płodów, naświetlanych w łonie matki — zaćmę. Na skórze wywołują promienie Röntgena przy działaniu ostrem zmiany barwikowe, wypadanie włosów, pęcherze, a w końcu bardzo uporczywe wrzody. Przewlekłe działanie promieni objawia się wysychaniem skóry, przeczosami i zanikiem. Drobnowidowo zmiany rozwijają się głównie w naczyniach krwionośnych, z początku w postaci zakrzepów i nacieku drobnokomórkowego, potem zaś występują wybitne zmiany błony wewnętrznej naczyń.

Leczniczo zastosowano promienie Röntgena przedewszystkiem w białaczce prawdziwej i wrzekomej. Wprawdzie nie

można twierdzić, że osiągnięto wyleczenie, ale bądźcobądź stwierdzano nieraz wpływ wybitny i korzystny, choćby w postaci przybytku na wadze, wzmożenia się liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny, oraz przedłużenia życia. Na dowód tego przytacza autor własne spostrzeżenia. W jednym n. p. przypadku utrzymał się chory 5 lat przy życiu w stanie względnie dobrym. Autor naświetla w przypadkach białaczki śledzionę, mostek i kości długie, średnio miękką lampą 3 razy na tydzień przez 10—15 minut z odległości 20 ctm., osłaniając szczelnie sąsiednie okolice ciała. Korzystne wyniki osiągnięto podobno także w chorobie Bantiego. W chorobach krwi osiąga się zdaniem autora poprawę, a nie wyleczenie stałe, dlatego, że w miejscu ważnych dla tworzenia się krwi tkanek tworzy się tkanka łączna. W niektórych przypadkach gośćca i skazy moczanowej daje rentgenizacya dobre wyniki; zwłaszcza w skazie moczanowej miał je autor sam stwierdzić. Natomiast nie uznaje G. korzystnego działania promieni Röntgena w chorobie Basedowa i przy samym wolu. Niektórzy osiągnąć mieli dobre wyniki lecznicze w chorobie Adissona i w przypadkach nowotworów śródpiersia. Bardzo do leczenia nadają się obrzęki gruczołów limfatycznych szyjnych i tu promienie Röntgena, zdaniem autora, wprost współzawodniczyć mogą z nożem. Nie ulega wątpliwości, że raki skórne można wyleczyć naświetlaniem, a dowiódł tego Schiff, zebrawszy około 1000 przypadków. W przypadkach raków sutka znalazły promienie Röntgena zastosowanie przy leczeniu nawrotów pooperacyjnych. Osiągnąć tu jednak można tylko chwilową poprawę i ulgę, ale nie wyleczenie. Natomiast zachęca autor gorąco do leczenia promieniami przypadków jeszcze nieoperowanych, ale oczywiście nieoperowanych z takich powodów, jak wiek, powikłania i t. d. Autor miał w swej praktyce 3 podobne przypadki, gdzie tak guz, jak i przerzuty w gruczołach zupełnie znikły. Sam autor jednak przyznaje, że często znika pod działaniem promieni Röntgena guz pierwotny, ale przerzuty już istniejące pozostają bez zmiany. Stosunkowo bardzo dobry wynik miał autor osiągnąć u pewnego lekarza przy raku żołądka. Kolega ten nie chciał poddać się operacyi. Po leczeniu naświetlaniem przybrał na wadze, żył jeszcze w niezgorszym stanie prawie 8 miesięcy i umarł w końcu na niedomogę serca. Ciekawą jest rzeczą, że naodwrót spostrzegano też tworzenie się raków we wrzodach, powstałych po rentgenizacyi. Na mięsaki działają promienie Röntgena o wiele słabiej, niż na raki i jedynie powierzchowne guzy skóry i gruczołów czasem się zmniejszają. Przerost gruczołu krokowego próbowano także leczyć naświetlaniem, wyniki jednak dotąd niebardzo są zachęcające. W chorobach kobiecych znalazły promienie Röntgena zastosowanie przy mięśniakach macicy; skuteczność rentgenizacyi odnieść należy może do zanikania jajników i następowego zaniku całej macicy. Szerokie pole lecznicze znajdują promienie Röntgena w dermatologii. Wyniki w toczniu skóry są wprost świetne, a i w innych chorobach skórnych, n. p. brodawkach, naczyniakach, wypryskach, nadmiernem owłosieniu, trądziku i t. p. wcale dobre. W toczniu jest leczenie promieniami Röntgena wprost wskazane, jako wstęp do następowego leczenia światłem sposobem Finsena.

Wyniki lecznicze zależą nietylko od tego, co się leczy, lecz i jak się leczy. Sprawy powierzchowne naświetlać należy lampami miękkiemi, głębsze średniemi. Twardych lamp do leczenia używać nie należy. Celem wzmocnienia działania wgłąb używa autor ucisku lub eozyny, chininy, żółci i t. p. Odległość rury od ciała powinna wynosić nie mniej, jak 15 ctm., czas naświetlania 6—15 minut na jednem posiedzeniu. *Klęsk.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Jordan. **Wewnętrzne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego, a wskazania co do chirurgicznego zabiegu w tej chorobie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 12). Autor nie zgadza się na zdanie Pfistera, że lekarze praktyczni powinni przedewszystkiem leczyć zapalenie wyrostka robaczkowego wewnętrznie i to lodem i makowcem. Okład lodowy, położony na brzuch, działa co najwyżej kojąco na ból. Na sprawę chorobową korzystniej wpływa raczej ciepło. Podawanie makowca ma więcej wad, niż zalet. Ruchu robaczkowego często makowiec nie uspokaja, zaciera obraz chorobowy, a zmniejszając ból, utrudnia namówienie chorego do koniecznej nieraz operacyi. Leczenie wewnętrzne nie chroni oczywiście od nawrotów, które według zestawienia Katzensteina w 28 prc. przypadków bywają znacznie cięższe, niż poprzednie napady. Po napadzie surowiczego zapalenia nastąpić może zapalenie zgorzelinowe, a temu zapobiedz, ani tego przewidzieć nie można. Przypadki ciężkie dają często nieznaczne objawy, a lekkie naodwrót, bardzo groźne. Przedziurawienie wystąpić może nagle wśród najlepszego stanu chorego. Zawsze proponować odrazu operacyi także nie można, bo nie możemy zapewnić chorego, że jest ona bezwzględnie wskazana. Wskazaniami do operacyi są: deskowate napięcie powłok brzusznych, stale utrzymujące się tętno ponad 100, nieustający ból, ciągłe lub częste wymioty, dreszcze i gorączka stała około 40°, lub nagły spadek ciepłoty poniżej normy. Między 3—6 dniem choroby zwykle jest już albo polepszenie, albo przedziurawienie i zapalenie otrzewnej, albo też ograniczone ropienie. Trzeba wtedy indywidualizować. Ropnego zapalenia otrzewnej, trwającego 4 dni, autor już z zasady nie operuje. Z nacięciem odgraniczającego się ropnia za długo też zwlekać nie należy. Po 7. dniu choroby operuje się jedynie w razie ropnia. Już po pierwszym lekkim napadzie operuje autor takich chorych, którzy muszą dużo używać ruchu i pracować fizycznie; zresztą czeka na drugi napad, a wtedy operuje odrazu. Po napadzie operować można w 4—6 tygodni. Zadaniem głównem lekarza praktycznego jest nietyle leczenie napadu, ile raczej wczesne rozpoznanie wskazania do operacyi. Wypadki niepewne, a ciężkie powinny być najdalej 3. dnia operowane. Na zimno operować się musi: po przebytym ciężkim napadzie lub po kilku lekkich, a należy: po napadzie lżejszym. *Klesk.*

Prof. Riedel **Najwygodniejsze cięcie do operacyi wyrostka robaczkowego i jego zastosowanie do podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, operacyi przepuklin udowych i do większych operacyi śródbrzusznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Riedel polecił do operacyi wyrostka robaczkowego swoje cięcie tak zwane zygzakowate (spr. Przegl. lek. Nr 45, r. 1905), mające tę zaletę, że wszystkie mięśnie przecina się w kierunku przebiegu włókien, przez co cięcie to nie rani większych nerwów, daje dobry dostęp w głąb, a w końcu ochrania od następowych przepuklin. Obecnie tem cięciem operowano już przeszło 1000 chorych. Z cięcia tegoż można także wygodnie wyjmować gruźlicze gruczoły, podwiązywać tętnicę biodrową zewnętrzną i wykonywać próbne otwarcie brzucha. Cięciem tem także operuje Riedel doszczętnie przepukliny udowe, a to w ten sposób, że nad kanałem prowadzi krótkie cięcie aż do więzadła Pouparta, uwalnia worek i podwiązuje krótko. Potem wykonuje cięcie zygzakowate możliwe środkowo, wyciąga lejek otrzewny i wciąga go do jamy brzusznej, umocowując katgutem do przedniej ściany brzucha w wewnętrznym kącie rozstępu mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego. Nie nadaje się zaś to cięcie zygzakowate do zakładania sztucznego odbytu, bo rana goi się za szybko. Powięź mięśnia skośnego zewnętrznego powinna być przecięta 1—1½ ctm. powyżej więzadła Pouparta, a nie wyżej. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Dalsze spostrzeżenia nad wartością liczenia ciałek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 81, C. II). S. poleca gorąco uwzględnianie liczby ciałek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, oczywiście wspólnie z innymi objawami klinicznymi. Wartość ma nie bezwzględna liczba, lecz przebieg krzywej zwiększania się lub zmniejszania liczby ciałek białych. Obok liczby ciałek białych należy głównie uwagę zwracać na tętno i gorączkę. Równoczesne polepszanie się tych objawów jest pomyślniejsze, niż nagła zmiana w jednym z nich. Gdy po operacyi spada nagle liczba ciałek białych, a operacya wykonaną była z powodu ciężkich początkowych objawów, nie należy spodziewać się dobrego wyniku. Przypadki takie kończą się bowiem zwykle ogólnem zakażeniem. *Klęsk.*

Sonnenburg. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a ostry nieżyt kiszek.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Często bardzo trudno w początkach odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego od ostrego nieżytu kiszek. Jedynie pilne śledzenie przebiegu i liczenie ciałek białych oddać tu może usługi. Utarło się mniemanie, że przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, zwłaszcza w początkach, nie wolno podawać na przeczyszczenie. Mniemanie to ma niemiłe następstwa, bo z obawy zaszkodzenia nie stosuje się obecnie środków przeczyszczających w przypadkach wątpliwych tam, gdzie one właśnie są wskazane. Wobec tego nie waha się autor w lekkich nieżytowych przypadkach zapalenia wyrostka, a dalej w przypadkach wątpliwych, gdy rozpoznanie waha się między nieżytem kiszek, a zajęciem wyrostka, podawać wprost dla celów rozpoznawczych olejek rącznikowy. Złych następstw nigdy S. nie widywał, a przeciwnie jedynie

dobre. Do operacyi i tak się jest na każdy przypadek przygotowanym. *Klęsk.*

Prof. Papaïoannou. **Odmiana doszczętnej operacyi przepukliny podług Bassiniego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Ulepszenie sposobu Bassiniego osiąga P. w ten sposób, że powięź zewnętrzną przecina nie nad kanałem pachwinowym, lecz trochę powyżej niego, przez co obie linie szwów nie leżą na sobie; worka po podwiązaniu nie zapuszcza wprost do jamy brzusznej, lecz przyszywa 2½—3 ctm. powyżej wewnętrznego pierścienia pachwinowego pod mięśniami. *Klęsk.*

Stubenrauch. **Odradzanie się pęcherzyka żółciowego po częściowem wycięciu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 82, Z. 2). Przypadek autora dowodziłby, że przy zastojach w drogach żółciowych może się z małego kikuta pęcherzyka żółciowego odrodzić zupełnie prawidłowej wielkości woreczek o tej samej budowie, co prawidłowy. *Klęsk.*

Ehrhardt. **W sprawie etyologii nawrotów prawdziwych i rzekomych po operacyach kamieni żółciowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 14). Nawroty po operacyi kamieni żółciowych mogą mieć różne przyczyny i występują jako: 1) nawroty prawdziwe, 2) nawroty rzekome przez *a)* zostawienie i przeoczenie kamieni przy operacyi, *b)* zrosty, wywołujące potem objawy kolki, 3) przypadłości nerwowe. Nawroty prawdziwe należą do rzadkości. Zostawienie kamieni przy operacyi wydarza się w 2—4 prc. przypadków. Zrosty dają również tylko rzadko objawy nawrotów. Objawy natomiast nerwowe dość często łudzą lekarza. O ile nawroty prawdziwe są rzadkie, o tyle znów często spotyka się w tak zwanych przewodach Luschki drobniutkie złogi i te najczęściej są przyczyną nawrotów kolki. Uniknąć ich można jedynie po operacyi doszczętnej, t. j. wycięciu woreczka żółciowego, i ten też zabieg uważa autor przy kamicy żółciowej za najlepszy. *Klęsk.*

Kümmel. **O gruźlicy nerek i pęcherza. Wczesne rozpoznanie i wczesna operacya.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81, Z. 1). Gruźlica usadawia się zwykle pierwotnie w nerce, a dopiero następowo szerzy się na moczowód i pęcherz. Zakażenie pęcherza od strony narządów płciowych u mężczyzn należy zaliczać do wyjątków, jak również pierwotną gruźlicę pęcherza bez zajęcia nerki. Pomyłki rozpoznawcze powstają z tego powodu, że gruźlica nerki objawia się zwykle dopiero wtedy, gdy rozszerzy się i na pęcherz, przypadłościami pęcherzowemi. Wiele tak zwanych wiewiórowych nieżytów pęcherza, polega na gruźlicy, a często gruźlica rozwija się na tle przebytego wiewióra. Sprawę napewno rozstrzyga tylko cewnikowanie moczowodów, jeżeli zaś tego nie można wykonać, to o operacyi rozstrzyga kryoskopia krwi. Jeżeli punkt marznięcia leży poniżej 0,6, należy wstrzymać się od wycięcia nerki, a wykonać tylko nacięcie, a dopiero następowo, gdy punkt krzepnięcia wróci do normy, operować doszczętnie. K. wykonał z powodu gruźlicy 70 wycięć nerki (5 †) i 10 nacięć (3 †). Przed stosowaniem nowoczesnych metod badania miał śmiertelność 27 prc., obecnie zaledwo 2·7 prc. *Klęsk.*

Goldschmidt. **Właściwości i cele nowego sposobu oglądania cewki moczowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Nowe przyrządy, podane przez autora, dozwalają oglądać cewkę nie krok po kroku we wzierniku, jak dotąd, lecz w całości, jakby widok na tunel. Cewkę przy badaniu napełnia się wodą. Autor z metody swej jest zupełnie zadowolony, pozwala bowiem ona oglądać rozwijanie się trypra na błonie śluzowej, zmiany przy tryprze przewlekłym, dalej pozwala ona obejrzeć wzgórek nasienny, całą tylną część cewki, działanie zwieracza i t. p. Badanie jest prawie bezbolesne. Przyrządy autora wyrabia firma »Löwenstein«, obmyślane są zaś na wzór cystoskopu Nietzego. *Klęsk.*

Haenisch. **O leczeniu przerostu sterczu promieniami Roentgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 14). Wobec tego, że gruczoł krokowy jest narządem pochodzenia nabłonkowego, polecił Moszkowicz leczyć przerost sterczu naświetlaniami, mając na uwadze silne działanie promieni X na twory nabłonkowe. Wyniki miał otrzymać bardzo dobre. Gruczoł już od pierwszego tygodnia leczenia malał, zatrzymanie moczu ustępowało. Autor w swoich przypadkach miał wyniki dobre, ale nie uważa mimoto tego sposobu leczenia za bardzo pewny. Promienie działają dobrze w przeroście miąższowym, natomiast w przypadkach silnego rozrostu tkanki włóknistej są bezskuteczne. Równocześnie leczyć należy mechanicznie i pęcherz. Do naświetlań używa autor osobnego, przez siebie zbudowanego szkła. Gruczoł naświetla z pomocą 10 ctm. długiego wziernika ze szkła ołowianego. Używa lamp z chłodnicą wodną Müllera. Odległość 26 do 29 ctm., jedno naświetlanie trwa 6 minut. Naświetlań robi autor 6—8 w przeciągu 2—3 tygodni. *Klęsk.*

Okulistyka.

Pechin. **Szczególna postać gruźlicy jagodówki.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 8). U 2 kobiet młodych, dotkniętych gruźlicą ogólną, widoczne były na całym obwodzie rogówki na błonie Descemeta liczne, drobne, okrągłe plamki barwy cytrynowo-żółtej. Prócz tego stwierdzono inne zwykłe znamiona gruźlicy śródgałkowej, jak gruzełki w tęczówce, szare złogi na tylnej ścianie et c. Autor twierdzi, że w takich przypadkach zmiany w oczach nie są wywołane bezpośrednio obecnością prątków Kocha, lecz są następstwem zatrucia tkanek jadem gruźliczym, krążącym we krwi. *K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Wędrówki następowe soczewki zwichniętej pod spojówkę.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 11). Zestawiając 85 przypadków zwichnięcia soczewki z piśmiennictwa, omawia C. mechanizm takiego zwichnięcia i kierunek wędrówki, jaką odbywa soczewka. Zwichnięcie soczewki pod spojówkę zdarza się rzadko. Wędrówka soczewki odbywa się dopiero następowo i nie bywa bezpośrednio wywołaną przez uraz. Czynnikami sprzyjającymi są: obecność niepękniętej torebki soczewkowej, która utrzymuje soczewkę w całości i łatwiej pozwala się jej wyśliznąć przez ranę twardówkową; obecność nabiegu wodnistego pod spojówką gałki, który spojówkę tę podnosi i stwarza miejsce dla zwichniętej soczewki; wreszcie w pewnych przypadkach odgrywa rolę siła ciężkości, soczewka bowiem własnym ciężarem opuszcza się ku dołowi i zajmuje najniższe miejsce pod spojówką. Bezpośrednią przyczyną, wywołującą wydobycie się soczewki pod spojówkę przez ranę urazową, bywa albo uraz ponowny, wstrząśnienie ogólne, mimowolne uciśnięcie gałki (podczas snu), albo silny skurcz mięśnia obrączkowego. *K. W. Majewski.*

Scrini i Fortin. **Środkowy ubytek w polu widzenia w przypadkach niedowidzenia wrodzonego i związek jego z nieprawidłowościami porodu.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 11). Autorowie utrzymują, że wrodzona amblyopia polega na niedostatecznym rozwoju, lub też na zaniku skutkiem uszkodzenia w czasie porodu włókien nerwu wzrokowego, zaopatrujących plamkę żółtą. Scrini stwierdził już przedtem, że u noworodków, które przyszły na świat wśród ciężkiego porodu, przy użyciu kleszczy lub innych zabiegów położniczych, często znaleźć można wybroczyny w siatkówce. Powstawaniem takich wybroczyn możnaby zatem objaśnić uszkodzenie pewnych części siatkówki, już od urodzenia istniejące i wywołujące trwałe niedowidzenie. *K. W. Majewski.*

Cantonnet. **Okolica między tarczą, a plamką żółtą i badanie perymetryczne barw przy oderwaniu siatkówki.** (*Arch. d'opht.* 1906, Nr 8). Autor na podstawie szeregu żmudnych badań perymetrycznych w przypadkach częściowego oderwania siatkówki stwierdza, że siatkówka nieoderwana w miejscach sąsiadujących z oderwaniem nie jest zupełnie prawidłową, chociaż wziernik nie stwierdza na niej zmian. Ścisłe badanie perymetryczne pozwala zazwyczaj wykryć osłabienie lub zniesienie poczucia barw w granicach, trzymających się w pewnej odległości od granic rzeczywistego oderwania siatkówki. Zjawisko to oczywiście odnieść należy do ustawicznego pociągania, jakiego doznaje przylegająca część siatkówki ze strony siatkówki oderwanej. *K. W. Majewski.*

Fleischer. **O zmianach w nerwie wzrokowym w przebiegu stwardnienia rozsianego.** (*Opht. Klinik* 1906, Nr 19). Wobec tego, że wielokrotnie stwierdzono, iż w przypadkach ostrego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, nieraz dopiero później zjawiają się znamienne objawy stwardnienia rozsianego, zasięgał autor wiadomości co do obecnego stanu chorych, dawniej leczonych z powodu zapalenia nerwu wzrokowego, samoistnego i zapalnego zaniku nerwu, tarczy zastoinowej, a wreszcie kilku przypadków widzenia połowiczego. Dotychczasowe badania nie wykryły w żadnym z powyższych przypadków wyraźnych objawów stwardnienia rozsianego. *Doc. K. W. Majewski.*

Aubineau. **Leczenie surowicą w błoniczem porażeniu akomodacyi.** (*Ann. d'ocul.* 1906. Nr 9). Autor przytacza spostrzeżenie własne, które ma przemawiać za skutecznością surowicy przeciwbłoniczej w przypadkach porażenia podniebienia miękkiego i akomodacyi. Wykonał on szereg wstrzyknięć surowicy i stwierdzał po każdej dawce poprawę, zwłaszcza co do szerokości akomodacyi. Przyznaje jednak, że zupełne wyleczenie nastąpiło dopiero po zużyciu 230 cm^3 surowicy. *Doc. K. W. Majewski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 24 kwietnia 1907.

Przewodniczący prezes prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Prof. Kader przedstawia *a)* chorego, u którego wykonał **wycięcie krtani z powodu raka,** a potem z powodu nawrotu doszczętną operacyę z wycięciem tętnicy szyjnej wspólnej lewej, *b)* chorą, u której przed dwoma laty z dodatnim wynikiem operował **stopy płaskie.**

3) Doc. Horoszkiewicz okazał **narzędzia sekcyjne nowego typu,** podane przez Simmondsa, mianowicie noże na końcu tępe, kleszcze do pociągania języka, szczypczyki do trzymania mniejszych narządów, kleszczyki do oddzielania opony twardej od kości i grube gumowe rękawiczki.

Dyskusya: Prof. Ciechanowski nie wszystkie z przedstawionych narzędzi uznaje za dobre; rękawiczki przy wszystkich swych zaletach mogą jednak na ręku mniej wprawnego lekarza właśnie stać się dlań niebezpieczne. Prof. Kader zaznacza, iż kilka z tych narzędzi oddawna ma zastosowanie w chirurgii i porusza sprawę używania rękawiczek w chirurgii. Prof. Rosner przyznaje wyższość rękawiczkom nicianym przy operacyach aseptycznych z powodu pewności, z jaką ręką trzyma się przez nie śliskie narządy i narzędzia.

4) Dr Rapoport wyłożył rzecz p. t.: **Enuresis** (przeznaczone do druku).

W dyskusyi przemawiali koledzy Rydel, Kozłowski, Borzęcki i prelegent. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 26. kwietnia 1907.

1) Prym. dr Krzyszkowski przedstawił własnego pomysłu przyrząd **do wygotowywania łopatek,** służących do badania ust i gardła.

2) Prym. dr E. Sawicki mówił **„O psychofizyologii człowieka ze stanowiska klasycznego założyciela tej umiejętności przyrodniczej, Arystotelesa“.** W zajmującym wykładzie skreślił prelegent zarys rozwoju psychofizyologii od najdawniejszych do najnowszych czasów.

Dr Franke przedstawił chorego z kliniki lekarskiej z objawami **niedomykalności zastawki dwudzielnej i trójdzielnej** w stanie względnego wyrównania. Jak wynika z badania tętna, przedstawionego w zdjęciach z tętnicy sprychowej i żyły szyjnej, jakoteż z tętnicy sprychowej i wątroby, jest tętno żylne i wątrobowe dodatniem. Chory jest już od 3 lat w obserwacyi klinicznej. Przyczyną długotrwałego wyrównania jest w tych przypadkach nietylko czynność komory prawej, ale także wątroby i naczyń obwodowych. Łódkowy ruch w okolicy serca i nieznaczne przesunięcie granicy stłumienia na prawo przemawiają w tym przypadku za istnieniem prawdziwej, a nie względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej.

W dyskusyi przemawiali: docent Biernacki i prym. Pisek.

Posiedzenie naukowe w d. 3. maja 1907.

1) Dr Reis przedstawił chorego z kliniki okulistycznej z **nabytym zrostem brzegów powiekowych** (*ancyloblepharon acquisitum*).

2) Dr Sabatowski okazał **rentgenogram piątego kręgu lędźwiowego** młodej osoby, która od 2 lat cierpi na dolegliwości, wzbudzające przypuszczenie próchnienia kręgów. Na obrazie widać nadmiernie rozwinięty wyrostek poprzeczny prawy tego kręgu. Nie jest wyłączone, że ma się przed sobą rozwojową zmianę wyrostka. W dyskusyi przemawiali: prof.: Kadyi, Mars i dr Obtułowicz.

3) Dr Franke przedstawił chorego z kliniki lekarskiej **z tętniakiem łuku tętnicy głównej.** Chory cierpiał na nadzwyczaj silne bole w okolicy górnej części mostka, które ustąpiły zupełnie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego. Także wypuklenie, wywołane przez tętniak, znacznie zmniejszyło się w czasie tego leczenia. Rozpoznano więc: tętniak **na tle kiłowem,** ze zmianami dokoła jego ścian, uciskającemi na pnie nerwowe (*aortitis et periaortitis gummosa*).

4) Dr Schneider opisał przypadek **włóknikowego zapalenia płuc u człowieka, dotkniętego policytemią szpikową, u którego poprzednio już wycięto śledzionę.** Na uwagę zasługuje obraz krwi, a mianowicie zachowanie się ciałek białych, których ilość w miarę rozwijania się sprawy zapalnej zaczęła spadać. Prelegent nie odnosi tego wszakże do braku śledziony, ale do choroby szpiku kostnego. Zresztą dowodzi ten przypadek, że śledziona nietylko do życia, ale i do zwalczania chorób zakaźnych nie jest człowiekowi konieczną.

Dr W. Ziembicki.

Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w dniu 6. kwietnia 1907.

Obecnych członków Sekcyi 12 i gość z Krakowa, dr Kazimierz Flis.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia administracyjnego, przewodniczący kol. Bukowski udzielił głosu drowi K. Flisowi, który zdał sprawę z zabiegów Tow. Samopomocy, zmierzających do utworzenia **organizacyi wszystkich lekarzy** celem obrony ekonomicznych i społecznych interesów zawodu lekarskiego. Po obszerniejszej dyskusyi, w której jednomyślnie potrzebę tej organizacyi podnoszono, uchwalono na wniosek kol. Bednarskiego, aby Tow. Samopomocy wydrukowało i rozesłało członkom projekt organizacyi i aby dopiero po rozpatrzeniu przez nich projektu ustanowiło na osobnem Walnem Zgromadzeniu sposób organizacyi, ewentualnie przemianę Tow. Samopomocy na organizacyę zawodową centralną.

2) Na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. we Lwowie (Sekcya wadowicka liczy obecnie 34 członków) wybrano delegatami kol. dra St. Zawadzińskiego i kol. dra Józefa Bednarskiego, zaś zastępcą kol. dra A. Bukowskiego.

3) W sprawie **taryfy za czynności lekarskie,** po obszerniejszej dyskusyi przyjęto za zasadę utworzenie taryfy minimalnej, opartej na zasadach taryfy jarosławskiej; projekt taryfy uchwalono rozesłać wszystkim członkom Sekcyi do poczynienia stosownych uwag. Następnie Biuro Sekcyi na podstawie nadesłanych mu uwag ułoży taryfę i przedstawi ją pod obrady na najbliższem posiedzeniu administracyjnem, z końcem maja lub z początkiem czerwca b. r.

4) W sprawie projektu **organizacyi lekarzy szpitalnych** prowincyonalnych, uchwalono najpierw zapytać się wszystkich lekarzy szpitalnych, czy uznają potrzebę utworzenia takiej organizacyi lekarzy szpitalnych, jakie jej zadania uważać należy za główne, i czy zapytywany przystąpi do takiej organizacyi.

5) Na wniosek kol. Zawadzińskiego uchwalono, aby każdy członek Sekcyi na cele administracyjne Sekcyi złożył za rok 1907 po 2 korony.

6) Uchwalono ponownie zapytać Radę Zawiadowczą Tow. lek. gal., czy i jakie kroki podjęła w sprawie postulatów Sekcyi wadowickiej co do **szczepienia ospy.**

7) Na wniosek kol. Bednarskiego uchwalono sprawę ukrócenia **partactwa lekarskiego** i odpowiedniej zmiany ustawy, dotyczącej partactwa, gorąco polecić Izbom lekarskim.

Sekretarz *Dr St. Żędzianowski.* Przewodniczący *Dr A. Bukowski*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Dokończenie.)

Jeszcze i teraz gdzieniegdzie »żalą się lekarze, że służba jest nauczona kryć przed nimi wszelkie zdarzenia, tak że dopiero za pośrednictwem Siostry może się lekarz czegoś dowiedzieć, nigdy zaś wprost od służby z pierwszej niejako ręki« [1]).

Dodam tu jeszcze tylko jeden, niedawny fakt, że na oddziale zakaźnym pewnego szpitala nie było sposobu przeprowadzić, aby Siostra oddziałowa posługiwała się płóciennym chałatem i by na posiłki nie przechodziła z oddziału do swego »conclave«, zabierając na szorstkim habicie wszystkie nagromadzone zarazki...

[1]) Insp. w r. 1906. str. 22.

Olbrzymich, przez Siostry oddawanych usług i wielkiego ich pożytku, nikt nigdy nie przeczył i nie przeczy, a krytyka niedostatków nie powinna być uważana, jak to bywało i bywa, za jakieś uprzedzenie do Sióstr Miłosierdzia lub zgoła niechęć do zakonnej obsługi szpitali, bo krytyka taka, byle słuszna, jest obowiązkiem wobec społeczeństwa. W interesie zaś szpitalnictwa naszego leży, aby wielki pożytek, jaki mu przynoszą Siostry, był jeszcze większy, aby był największy, jaki jest do osiągnięcia.

Lekarz powinien mieć na swym oddziale czy w szpitalu pełną władzę, być panem absolutnym, boć on, nie kto inny, odpowiada za swych chorych, w jego ręku leżeć ma ich śmierć i życie. Nie może tedy w żadnym szpitalu być w rzeczach lekarskich innej władzy, · jakiegoś ubocznego rządu, o który najlepsze chęci i najbardziej wytężona praca lekarza rozbijaćby się mogła. A dopóki nie będzie dowiedzione, że nadzór nad chorymi nie należy do zakresu lekarskiego, dopóty służba wszelka lekarzowi ma podlegać w pierwszej i ostatniej instancyi.

Nie rozumiem, dlaczego to, co jest możliwe w Warszawie, nie miałoby być możliwe u nas, dlaczegoby Siostry Miłosierdzia nie mogły się zastosować do tego, do czego bez trudu stosują się i to w naszych właśnie niektórych szpitalach prowincyonalnych Siostry z innych Zgromadzeń, dlaczegoby Siostry Miłosierdzia nie miały posiadać wszędzie tych samych kwalifikacyi fachowych, jakich gdzieniegdzie na prowincyi u nas, czyto dzięki staraniom lekarzy, czy dzięki rozumniejszej i dzielniejszej przełożonej, nabyć potrafiły[1]). Zmiana kontraktu z Siostrami Miłosierdzia, dokładne określenie ich praw i obowiązków, poddanie służby pod władzę lekarza, są rzeczą konieczną i przed 5 laty już podnoszoną. A wykształcenie fachowe sióstr, jako tych, które są »właściwie dozorczyniami chorych«, jest postulatem tak oczywistym, że trudno zrozumieć, jak mogą jeszcze w tym kierunku być jakieś wahania się, czy wątpliwości.

Zdaje mi się, że jeszcze i innych kwalifikacyi niekiedy Siostrom szpitalnym braknie, na których nabycie takżeby nacisk położyć trzeba. Z tego, co przytoczono powyżej o żywieniu chorych, wnosić wolno, że nie wszędzie dość umiejętnie władną Siostry sztuką kulinarną, nawet w skromnym i niewykwintnym szpitalnym zakresie. Toby także godziło się poprawić, jeżeli gdzie szwankuje. A w takiej szkole, w którejby Siostry Miłosierdzia nabywały wszelkich wiadomości, koniecznych do naprawdę umiejętnej pracy w szpitalach, a w którejby nauczali lekarze i inni zawodowcy, z rzeczą dobrze obeznani, nie zapomnianoby w dzisiejszej dobie pewno i o tym czynniku, którego doniosłość dopiero od niedawna ponownie po wiekach zapomnienia doczekała się oceny: o wpływie, jaki na cały ustrój chorego wywiera jego otoczenie[2]), odnoszone wrażenia, o potrzebach jego umysłu i serca, co wszystko tak słusznie i z szerszego stanowiska obecny Inspektor szpitali w swem sprawozdaniu w wielu miejscach podnosi[3]).

Tesame kobiety, które tak chętnie spieszą chorym z pociechą religijną, umiałyby bez kosztów i bez wielkiego trudu urządzać dla nich milsze, niż obecnie, otoczenie, gdyby je o potrzebie tego pouczono i wskazano, co można zrobić bez szkody dla chorego ku jego wygodzie i osłodzie smutnych chwil szpitalnych.

Niezmierzone zasoby ofiarności i poświęcenia, składane na ołtarzu cierpiącej ludzkości, wystarczyłyby Siostrom Miłosierdzia także na poniesienie trudu fachowej nauki dozorowania chorych.

Bez naruszenia świętości idei, która kieruje Zgromadzeniem, bez zamachów na przepisy ich reguły, można jednak i trzeba pamiętać o usterkach, od jakich nie jest wolne żadne wykonawstwo, można i trzeba otwarcie i stanowczo żądać i uzyskać zmiany, które są koniecznością.

Kosztów nie może się kraj i tu obawiać chyba żadnych.

O tych, którzy są osią wszystkiego, o czem się tu mówiło, o chorych samych i postępowaniu z nimi, niewiele już dodać wypadnie. Wszystkie te ulepszenia, które wymieniliśmy jako potrzebne lub pożądane, łatwe czy trudne, kosztowne czy nic nie kosztujące, zmierzają ostatecznie ku dobru chorującej i leczącej się w szpitalach ludności. Uwzględnienie potrzeb szczególnych kategoryi chorych jest rzeczą wiedzy, doświadczenia i gorliwości kierujących lekarzy, którzy jedynie wybrać mogą drogę wiodącą w danych miejscowych, a tak różnych warunkach najlepiej do celu. O dwóch tylko kategoryach chorych, które znajdą się w każdym szpitalu, słów kilka.

Jedną z nich ci, których wykształcenie i sposób życia przyzwyczaiły do większych nieco wymagań duchowych i fizycznych, a których środki lub rodzaj choroby nie pozwalają leczyć się w domu. Ci chorzy »klasowi«, mogący poczęści być dla szpitali źródłem dochodów[1]), zasługują na to, aby o nich przecie więcej, niż dotąd, pomyślano, aby znalazło się dla nich wygodniejsze i estetyczniejsze od dotychczasowego pomieszczenie. To jest nietylko sprawą kosztów, ale także i sprawą sposobu urządzenia t. zw. separatek. Na II klasie oddziałów wewnętrznych w krakowskim szpitalu (nie mówiąc o innych oddziałach i szpitalach) umieszcza się nieraz po kilku chorych w jednym pokoju, narażając ich nieraz na widok cierpień i pasowania się z życiem, czego przecież z czysto ludzkich względów nawet najbiedniejszym chorym powinno się oszczędzać. We Lwowie na II oddz. wewnętrznym »separatka tylko jedna na 2 lub 3 łóżka«[2]). Nie będzie wielkim kosztem obmyśleć przy nowych budowlach dla takich chorych pomieszczenie stosowniejsze i weselsze, niż dotąd bywało, a na ozdobienie i udogodnienie czasowych pomieszkań, gdzie to możliwe, znalazłaby się i bez przyczynienia się funduszów krajowych ofiarność, gdyby o nią umiano zastukać i zerwano z szablonem »szpitalnego« urządzenia. Tak przecie, z ofiar, powstały i (nieliczne) biblioteczki dla chorych po szpitalach prowincyonalnych[3]).

Drugą kategoryą są chorzy na gruźlicę, stanowiący olbrzymi odsetek chorych, co ocenić można z tego, że u $^1/_4$—$^1/_3$ zmarłych w szpitalach gruźlica jest przyczyną śmierci. Są to wszystko przeważnie przypadki daleko posunięte, odosobnienie ich jest ze względu na zapobieżenie szerzeniu się gruźlicy przez szpitale nie najmniej ważne; należałoby dla nich potworzyć osobne sale, co nawet przy dzisiejszem przepełnieniu szpitali choć w części byłoby wykonalne[4]). Z drugiej strony należałoby pomyśleć o stworzeniu korzystniejszych warunków dla wyleczalnych przypadków niedaleko posuniętej lub rozpoczynającej się gruźlicy. Wszak tu chodzi o przywrócenie jaknajwiększej zdolności do pracy olbrzymiemu zastępowi ludzi pracujących. Mimo wszelkich biurokratycznych reguł chorzy tacy do szpitala zgłaszać się zawsze będą i choćby ze względu na gorączkę przyjmowani być muszą. Nie ukrywajmyż się z tem pod śmieszną rubryką statystyczną »Pnemonia catarrhalis chronica«, ale raz otwarcie sprawę postawmy i według tego też postępujmy. Sanatoryów dla takich chorych w dostatecznej liczbie nie stworzymy, bo na to nie stać nawet tylekroć od nas zamożniejsze Niemcy; a jednak chorych tych leczyć musimy jaknajstaranniej z samego już względu na oszczędzenie krajowi kosztów utrzymania niezdolnych do pracy i ich rodzin. Im lepiej ich wyleczymy, tem ta oszczędność będzie większa, a idzie ona, jak w Niemczech obliczono, w dziesiątki milionów rocznie. Dlatego, skoro szpitali od tych chorych uwolnić niepodobna, niechby nie szczędzono niewielkich wydatków na leżalnie i t. d., i na lepsze tych chorych żywienie.

Zdołałem dotknąć zaledwo przelotem niektórych ważniejszych z pośród cisnących się pod pióro spraw. Wiele z nich wymagałoby znacznie obszerniejszego omówienia, wiele drobniejszych zupełnie musiałem pominąć, niejednej nie powiodło się może przedstawić dość jasno i dokładnie wskutek braku całkowitego szczegółowego materyału i nieuniknionego pośpiechu[5]). Ale też nie szło o wyczerpujące opracowanie sprawy, o danie pełnego obrazu stanu szpitalnictwa galicyjskiego i kuszenie się o całkowity program na przyszłość. Zadanie polegało na zestawieniu i podkreśleniu tylko ciemnych stron, jakie pomimo wielu ulepszeń, dokonanych w latach ostatnich i najświeższych propozycyi Wydziału krajowego i uchwał Sejmu jeszcze pozostają i na zwróceniu uwagi w grubym szkicu na to, co wydawałoby się na przyszłość przedewszystkiem konieczne.

Zbierając wszystko, co się wyżej powiedziało, sądzę, że oprócz tegorocznemu Sejmowi przedłożonych i przezeń uchwalonych wniosków, domagałyby się załatwienia:

---

[1]) Por. Insp. w 1906, opinie o stanowisku i działalności Sióstr w rozmaitych szpitalach.

[2]) Por. dziełko prof. Mendelsohna.

[3]) Insp. w 1906. por. wyżej.

[1]) Spr. ank. z r. 1902, str. 28, 32 i i.; uznaje to i Wydział kraj. w spraw. o zakładzie obłąkanych w zachodniej Galicyi.

[2]) Insp. w r. 1906, str. 6.

[3]) Insp. w r. 1906.

[4]) Tylko o jednym szpitalu i to prowincyonalnym czytamy w Insp. 1906, że ma osobne sale dla gruźlicy.

[5]) Uwagi niniejsze wydrukowane zostały jako osobna broszura i rozesłane członkom Sejmu jeszcze z początkiem wiosennej sesyi Sejmu, zanim przyszła pod obrady którakolwiek ze spraw szpitalnictwa.

1. Opracowanie — lub, jeżeli istnieje, rewizya — całkowitego, systematycznego planu zaopatrzenia kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek i t. p. do stosunków terytoryalnych, chorobowości i t. d. i systematyczne ich zakładanie według stopnia potrzeb pewnych części kraju, a nie według przypadkowego stanu funduszów powiatowych lub gminnych na to przeznaczonych; w tym celu utworzenie dla zasilenia słabszych finansowo powiatów i gmin funduszu szpitalnego na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

2. Wywarcie nacisku na gminy i powiaty w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców, zarówno przez ogólną ustawę o dobroczynności publicznej, jak i przez środki administracyjne; budowa kilku krajowych takich przytułków; założenie przytułków położniczych, a w tym względzie przedewszystkiem przyspieszenie jaknajwiększe budowy domu porodowego w Krakowie.

3. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu inwestycyi, dobudów i adaptacyi w już istniejących szpitalach, a niezależnie od tego jaknajrychlejsze przygotowanie równie gruntownej rekonstrukcyi i modernizacyi szpitala krakowskiego, jak przedłożona tegorocznemu Sejmowi rekonstrukcya szpitala lwowskiego, przyspieszenie budowy, rozszerzenia lub rekonstrukcyi szpitali w Bochni, Brodach, Jaśle, Podhajcach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi.

4. Zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, których znaczna ich większość nie posiada, nowożytne sprzęty i t. d.

5. Reforma głównego zarządu przez wzmocnienie Departamentu V. Wydziału krajowego dostateczną liczbą sił lekarskich pod kierownictwem dotychczasowego inspektora szpitali: rozłożenie czynności doradczych między zwoływane umyślnie ankiety a c. k. Krajową Radę zdrowia z rozszerzeniem stosunku do niej poza sprawy obowiązkowo urzędowe.

6. Jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali i oddziałów w szpitalach większych, pomnożenie liczby oddziałów i kierowników przy równoczesnem zmniejszeniu wielkości oddziałów, wydatne pomnożenie liczby lekarzy pomocniczych; dalsza wydatna poprawa bytu lekarzy szpitalnych. Stworzenie pracowni naukowych we wszystkich szpitalach, gdzie ich dotąd niema; szczególna piecza o działalność lekarsko-naukową szpitali; przywrócenie sprawozdań naukowych ze szpitali.

7. Dalsza poprawa bytu służby, podwyższenie płac, stworzenie mieszkań; wykształcenie jej zawodowe; pomnożenie jej liczby zarówno w szpitalach głównych, jak i prowincyonalnych.

8. Zmiana kontraktu z Siostrami Miłosierdzia lub zastąpienie ich takiemi Zgromadzeniami zakonnemi, które poddadzą się wymaganiom nowoczesnego szpitalnictwa; poddanie służby niższej pod nieuszczuploną władzę lekarzy; stworzenie szkoły, kształcącej Siostry Miłosierdzia i innych Zgromadzeń w całym zakresie ich zawodu w sposób, zgodny z postulatami nauki.

9. Wykonanie nowoczesnego postulatu, by chorych otoczyć dostateczną wygodą i zmniejszyć im przykre wrażenia szpitalne; oddzielenie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę.

Nakoniec, wobec coraz większego wzrostu i rozszerzania się agend autonomicznych władz krajowych w zakresie spraw sanitarnych, uważałbym za pożądane zwołanie ankiety, którąby dostarczyła materyału do planów systematycznego ukształtowania tej działalności. Obok szpitalnictwa stają dziś przed władzami krajowemi nowe, niezmiernie rozległe zadania w zakresie okręgowej służby zdrowia, asanizacyi miast i gmin, zdrojownictwa i t. p., (które także i w Sejmie powinny skupiać się wszystkie w komisyi sanitarnej), do czego mam nadzieję kiedyindziej powrócić.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

Śmiertelność ze wszystkich chorób zakaźnych wogóle wynosiła w r. 1901 4·73, w r. 1902 — 6·38, w roku 1903 — 5·08 na tysiąc ludności. W ostatnich 30 latach były tylko lata 1900 i 1901 pomyślniejsze, niż rok 1903, a obniżanie się stopniowe śmiertelności z chorób zakaźnych jest tak wybitne i stałe, iż niewątpliwie nie jest przypadkowem zjawiskiem, ale skutkiem wytrwałej działalności władz sanitarnych. Jeszcze w r. 1890 zmarło bowiem z tych chorób 9·6‰ ludności, w ostatnich latach (prócz 1902) już mniej, niż 6‰. Największą śmiertelność z tych chorób mają powiaty czysto ruskie, odznaczające się, rzecz uderzająca, także i najwyższą płodnością.

Choroby zakaźne przenośne ze zwierząt wywołały w omawianych 3 latach śmierć u 45, 28, 31 osób, a mianowicie wąglik w 26, 21, 16 przypadkach, wodowstręt w 18, 16, 15, nosacizna w roku 1902 i 1903 po 1; z włośnicy nie miało być przypadku śmierci. Źródłem wąglika bywa zakażenie przy ratowaniu chorego bydła, przy zdejmowaniu skór z padlin, wskutek tajemnej sprzedaży mięsa z bydlęcia zakażonego (1902 — Lwów), przy sortowaniu i pakowaniu szerści, o czem w Sprawozdaniach przytoczono ciekawe szczegóły. Wśród zmarłych na wodowstręt było leczonych wogóle 19.

Co do reszty przyczyn śmierci, znajdujemy w Sprawozdaniach liczby następujące:

	1901	1902	1903
		osób	
udar mózgowy	1344	1284	1370
choroby serca i naczyń	2840	2750	2755
nowotwory złośliwe	2160	2181	2289
śmierć wskutek przypadku	1678	1500	1688
samobójstwo	326	332	360
zabójstwo i morderstwo	181	175	153

Zarówno ogólna liczba śmierci z przypadku, jak i rodzaje uszkodzeń z roku na rok prawie się nie zmieniają. Liczba samobójstw wzrasta, zabójstw — wzrastała do roku 1901, odtąd się zmniejsza. Najwięcej samobójstw zdarza się w obu stolicach i w kilku powiatach ruskich.

Osobno zwrócić należy uwagę na to, że rubryka:

	1901	1902	1903
»inne naturalne przyczyny śmierci«			
obejmuje osób	93.799	100.856	99.752
czyli na sto zmarłych	50·1	48·05	51

Ta rubryka jest ciemną stroną naszych statystyk śmiertelności. Obejmując stale połowę wszystkich zmarłych, odejmuje ona znaczną część wartości statystyce śmiertelności według przyczyn śmierci, i tak już przez znane przyczyny (oglądacze zwłok) osłabionej. Trudno tu spodziewać się rychłej zmiany na lepsze, boć do tego, by oględziny zwłok dokonywane były zawsze przez lekarzy, bardzo jeszcze daleko; zresztą i wtedy, jak pouczają statystyki naszych miast większych, nieprędko przestaną lekarze zbyt liberalnie posługiwać się tą rubryką. Sprawdzanie przyczyn śmierci przez lekarzy rozpowszechnia się niezmiernie powoli; i tak w r. 1900 sprawdzili ją lekarze u 24·6, w r. 1901 u 25·1, w r. 1902 u 25·9, w r. 1903 u 26·07% wszystkich zmarłych. Wszystkich oględzin dokonują lekarze tylko we Lwowie i w Krakowie, a są powiaty, gdzie oglądają zaledwo 8·3% (Dąbrowa — 1901), nawet tylko 7·1% zwłok (Kosów).

W końcu tego działu podają Sprawozdania tabliczki, objaśniające śmiertelność w poszczególnych powiatach. Najwyższą (ponad 30‰) śmiertelność mają stale powiaty wschodnie (ruskie), odznaczające się wysoką płodnością, wielką śmiertelnością dzieci do lat 5 i rozpowszechnieniem chorób zakaźnych i — miasto Kraków (z doliczeniem »obcych«); z powiatów z najniższą śmiertelnością (22·8‰) leżą prawie wszystkie w zachodniej części Galicyi. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące*

Ostrzeżenie!

Lekarze domowi szpitala izraelickiego im. Lazarusa we Lwowie wnieśli do Rady szpitalnej petycyę o poprawienie ich warunków służbowych. W odpowiedzi na to Rada szpitalna w krótkiej drodze uwolniła petentów ze służby. Na podstawie uchwały Wydziału Izby z dnia 6. maja b. r. ostrzega się kolegów przed obejmowaniem posady lekarza domowego w szpitalu izraelickim we Lwowie bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent Izby: *Dr Festenburg.*

W sprawie zjazdu lekarzy miejskich *otrzymujemy następujące pismo:*

Z powodu, że zaledwie 5 kolegów oświadczyło listownie swój współudział w urządzić się mającym wiecu lekarzy miejskich we Lwowie, sądzę, że wiec taki nie odpowiedziałby na razie zamierzonemu celowi. Również oświadczam, że z powodu braku czasu nie zajmę się urządzeniem wiecu w przyszłości.

Buczacz, 7. V. 1907. *Dr Krzyżanowski.*

Zarząd Sekcyi dla spraw zawodowych X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich uprasza tych kolegów, którzy zamierzają mieć jaki wykład w tej sekcyi, by zechcieli zgłosić tytuł wykładu u gospodarza sekcyi, dra Festenburga.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 31. marca . . .	11,821	12,300
Od 1. do 30 kwietnia 1907	6,275	10,500
razem .	332,861	135,570

Dr Żydłowicz, administrator.

Projekt ubezpieczenia lekarzy rozwija w dalszym ciągu szczegółowo dr Wątorek (»Głos lek.« 9). Zdaniem jego kosztowałoby zabezpieczenie emerytury (3,000 K, po 35 latach), pensyi wdowiej (1,200 K), pensyi sierocej (240 K), na wypadek choroby oraz całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, przeprowadzone na wzór zabezpieczona urzędniczego, każdego lekarza 1,200 K rocznie, a po potrąceniu dobrowolnej opłaty na emeryturę (którą dla rzeczywiście niezdolnych do pracy starców zastąpiłaby pensya, ubezpieczona na wypadek niezdolności do pracy), — 700 K rocznie. Każdy lekarz musiałby opłacać pod groźbą egzekucyi tę kwotę, a przynajmniej tę jej część, jaka pozostawałaby po potrąceniu »dywidendy«, z funduszów ubezpieczeniowych mu przypadającej. Do funduszów tych wpływałyby kwoty z przymusowych opłat od recept, świadectw lekarskich i t. d., z opodatkowania ryczałtów lekarskich i z dopłat od każdego lekarza. — (Wykonalność projektu dra Wątorka ocenić może z jednej strony tylko zawodowy znawca ubezpieczeń, któryby orzekł, czy podane w projekcie premie wystarczyłyby na tak wysokie renty, z drugiej zaś znawca stosunków materyalnych naszych lekarzy, któryby ocenił, czy lekarz może rocznie płacić 700, a po odliczeniu n. p. 200 K owej »dywidendy« choćby 500 K. Swego czasu obliczyły nasze Izby premię roczną za znacznie skromniejsze ubezpieczenie podobno na 600 K; wszystko jednak rozbić się musiało o znaczną stosunkowo wysokość tej kwoty). *R.*

Związek lipski święci jedno z pierwszych ważnych zwycięstw w sporze Kasy chorych w Gera z lekarzami. Kasa ta powołała partacza (»Naturheilkünstler«) i zaczęła go opłacać z ryczałtu, wyznaczonego dla lekarzy; a gdy lekarze przerwali wskutego swą pracę w Kasie, zatrzymała im połowę honoraryum kwartalnego na pokrycie szkód, poniesionych przez rzekomo nieprawne postąpienie lekarzy. Po 4-letnim procesie przyznał sąd słuszność lekarzom, skazując Kasę na zapłacenie zaległych 4,000 Mk. z odsetkami i kosztami sądowymi (»M. m. W.« 18). *R.*

Ostrzeżenie przed zapisywaniem się na medycynę ogłosił »Związek medyków« w Wiedniu. *R.*

Rękawiczki gumowe do sekcyi sądowych nie należą do »koniecznych narzędzi lekarskich« w rozumieniu § 2. rozp. min. z 20. III. 1901 D. p. p. Nr 34, ponieważ szybko się niszczą. Na tej zasadzie wbrew orzeczeniu sądu I instancyi przyznał sąd krajowy wyższy w Gracu zwrot kosztów (8 K) za takie rękawiczki lekarzowi, który konieczność użycia ich do sekcyi sądowej uzasadnił tem, iż jako kierownik szpitala musi codziennie wykonywać operacye. (Aerztl. Standsztg. 9). *R.*

Odszkodowania lekarzy za zakażenia przy sekcyach sądowych domagają się Izby lekarskie niemieckie (zachodnio-pruska, berlińska, brandeburska) od rządu. »Sächs. Corr. Bl.« zwraca uwagę, że na rządzie powinien ciążyć ustawowy obowiązek odszkodowania lekarzy, nie będących lekarzami urzędowymi, za zakażenie nietylko przy sekcyach, ale i przy zwalczaniu chorób zakaźnych. (Aerztl. Stdsztg. 9). *R.*

Dentyści niemieccy podjęli starania u władz, aby zaprowadzono w armii i flocie instytucyę jednorocznych ochotników dentystów. (Aerztl. Stdsztg.« 9). *R.*

Ostrzega się lekarzy przed środkami »antidiabeticum« i »lithosanol«, zalecanymi w rozsyłanych wszędzie broszurkach przez »Dr« Eisenbacha z Salzburga. Ów Eisenbach bowiem, rzekomo mający doktorat würzburski, karany był 3 razy sądownie za kradzież i oszustwo; toż i »leki« owe są chyba godne zalecającego je »doktora«. (Aerztl. Stdsztg. 9). *R.*

Zwalczanie partactwa leczniczego powinno odbywać się nietylko przez karanie partaczy, ale i przez ścisły nadzór nad szarlatańskiem piśmiennictwem, mogącem przynieść znaczną nieraz szkodę. Za taką szkodliwą wprost broszurę uznać należy książeczkę p. t. »Hypnotyzm i suggestya. Krótkie popularne wskazówki do hypnotyzowania, jakoteż do udzielania poddawek (suggestyi) w celach leczniczych i wychowawczych« (!), wydaną właśnie po polsku w Berlinie. Niewiemy, o ile na to wystarczają istniejące przepisy, by położyć kres krzewieniu u nas podobnych piśmideł, którym podobnie, jak »lekom tajnym«, powinien być zamknięty wstęp w granice Austryi, pod rygorem konfiskaty i kar na rozszerzających tak szkodliwe książki. Pozwalając sobie zwrócić uwagę powołanych władz na wspomnianą broszurkę, sądzimy, że należałoby rozciągnąć nadzór także na wcale liczne wydawnictwa »Przewodnika zdrowia«, wychodzącego w Berlinie, którego niewinny napozór tytuł może niejednego laika wprowadzić w błąd, wyrządzając mu szkodę conajmniej na kieszeni. *R.*

Zwalczanie pyłu ulicznego daje się osiągnąć najlepiej i stosunkowo najtaniej przez smołowanie (napajanie teerem według systemu, wypróbowanego we Francyi) dróg bitych. Austr. ministerstwo spraw wewn. (rozp. z 6. III. 1907 L. 50,959 ex 1906) zaleca ten sposób, nadmieniając, że mniej pomyślne wyniki prób, podejmowanych w Niemczech i Austryi, należy przypisać temu, iż nie trzymano się tam dokładnie przepisów, podanych przez inżynierów francuskich. W miarę rozporządzalnych środków ze zwykłej dotacyi na drogi mają władze polityczne we wszystkich krajach austryackich podjąć teraz próby smołowania dróg ściśle według systemu francuskiego. (Öst. San. 17). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. IV. do 4. V. 1907 doniesiono o 59 nowych przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: pow. Borszczów (Iwanków 1, Gusztynek 1), Horodenka (Dąbki 3,) Jaworów (Bruchnal 2), Kosów (Jabłonica 4), Lisko (Bezmichowa górna 1), Mościska (Wola małnowska 1), Nadwórna (Dobrotów 4, Pasieczna 4, Zielona 9, Łanczyn 1, Rafajłowa ad Zielona 3), Podhajce (Hnilcze 15, Podhajce 1, zachorował koncepista sanitarny dr Lubowiedzki, który zakaził się delegowany do zwalczania epidemii w Hnilczu), Rawa (Smolin 1, Manastyrek 3, Rzyczki 2), Stryj (Tarnawka 3), oraz o 6 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 6 gminach, a mianowicie pow. Kraków (Krowodrza 1), Mielec (Radomyśl 1), Nisko (Stany 1), Przeworsk (Hucisko jawornickie 1), Strzyżów (Baryczka 1), Żywiec (Sucha 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. I w tym tygodniu wykazu nie otrzymaliśmy. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 28. IV. do 4. V. 1907 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 4; zmarło osób 48 (w tem obcych 20), wśród nich z gruźlicy 12 (8), zapalenia płuc 1, płonicy 1 (1), duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. IV. do 4. V. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcych —), płonicy 4, odry 6, duru brzusznego 7 (6), nagmin. zapalenia opon 4. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Ażeby tem łatwiej osiągnąć cel, wytknięty wystawie zjazdowej, a mianowicie uprzystępnianie najnowszych zdobyczy nauk przyrodniczo-lekarskich i higieny najszerszym warstwom naszego społeczeństwa, postanowił komitet wystawy urządzać popularne bezpłatne wykłady z demonstracyami, które mają być niejako żywym przewodnikiem po wystawie. Urządzenie tych wykładów objął Uniwersytet lwowski przez swój komitet powszechnych wykładów uniwersyteckich. Dla wykładów tych przeznaczył komitet wystawy środkową halę pałacu sztuki, która będzie odpowiednio urządzona i zaopatrzona w przyrządy projekcyjne. Wykłady odbywać się będą codziennie tuż po zamknięciu wystawy przez cały czas jej trwania od godziny 8 wieczorem i będą bezpłatne w ten sposób, że bilet wstępu na wystawę będzie już uprawniał do uczestnictwa w wykładzie.

Komitet wystawy zjazdowej zawiadamia wszystkich interesowanych, że z dniem 15. maja b. r. upływa ostateczny termin do wnoszenia zgłoszeń, poprzednio zapowiedzianych. Jeśliby zapowiedziane poprzednio zgłoszenia do wzięcia udziału w wystawie nie zostały w tym terminie wniesione, lub też do tego czasu nie zostały uiszczone należytości za miejsca, już poprzednio zgłoszone, komitet nie może przyjąć na siebie odpowiedzialności za to, że zgłoszeń tych nie uwzględni, lub też, że zarezerwowanemi miejscami w inny sposób rozporządzi. Po upływie tego terminu nie będzie też można uwidocznić spóźnionych wystawców w katalogu wystawowym, ani też umieścić w nim spóźnionych ogłoszeń reklamowych.

Dr Kalikst Krzyżanowski, dyrektor wystawy.

Sekcya spraw zawodowych stanu lekarskiego ogłasza, co następuje: Celem ustalenia porządku dziennego obrad Sekcyi spraw zawodowych stanu lekarskiego upraszam tych Kolegów, którzy zamierzają mieć jaki wykład w tej Sekcyi, by zechcieli zgłosić tytuł wykładu u podpisanego.

Dr Festenburg, gospodarz Sekcyi.

W Sekcyi weterynarskiej zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady: Prof. J. Nowak (Kraków): 1) Prątek Banga i jego biologia. 2) Różnice biologiczne między trzema rasami prątka gruźliczego, a mianowicie między prątkiem gruźlicy ludzkiej, gruźlicy bydła i gruźlicy ptaków. 3) Zwalczanie gruźlicy u bydła rogatego zapomocą rozpoznawczego szczepienia tuberkuliną. 4) Morfologia prątka wąglikowego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu w d. 4. V. b. r. wyraziła opinię, że celem zapobieżenia zawleczeniu duru brzusznego z kilku dotkniętych epidemią pobliskich wsi do Krakowa, należy bezwarunkowo zakazać przywozu nabiału i jarzyn z tych gmin do miasta, oraz ostrzedz ludność miasta przed używaniem mleka surowego. Fizyk miejski dr Wilkosz przedstawił projekt instrukcyi dla fryzyerów i golarzy; projekt ten będzie roztrząsany na następnem posiedzeniu.

— Na posiedzeniu Wydziału Polskiego Towarzystwa balneologicznego w dniu 24. IV. b. r. zawiadomił wiceprezes, hr. Jan Potocki, że budowy kolei do Truskawca i Krynicy uzyskały sankcyę, a budowa telefonów w zdrojowiskach jest w toku. III Walne Zgromadzenie Towarzystwa odbyło się d. 5. V. 1907. Do Zarządu Towarzystwa wybrano: prezesem dotychczasowego wiceprezesa, hr Potockiego, wiceprezesem dra Cerchę, sekretarzem dra Zanietowskiego, skarbnikiem dra Piotrowskiego. Do wydziału weszli nadto drdr: Chramiec, Kaden, Zathey, Pelczar i p. Mazurkiewicz. Do komisyi kontrolującej wybrani zostali drdr Regiec i Julian Staniszewski. Radakcyę i administracyę organu Towarzystwa, »Przewodnika kąpielowego«, objęli nadal drdr Wąsowicz i dr Flis. Członkami honorowymi zamianowani zostali: protomedyk r. dw. Merunowicz, były prezes Towarzystwa balneologicznego prof. Ludomił Korczyński i poseł Trzecieski.

— W dziennikach krakowskich pojawiła się z końcem kwietnia następująca wiadomostka: »Surowica tyfusowa. W pierwszym kwartalniku b. r. Akademii Umiej. w Krakowie pojawiła się praca dra J. Czajkowskiego o sztucznym wyrobie surowic. Nowa, nieznana dotąd, surowica tyfusowa, zwraca uwagę powag lekarskich u nas i zagranicą swym dobroczynnym skutkiem i szybką działalnością. Metoda wyrobu surowic ma ogromne znaczenie, gdyż jest ogólną dla wszystkich chorób«.

Niepodobna utaić zdziwienia, że w ten sposób podaje się publicznie wiadomość o badaniach, przez nikogo jeszcze niesprawdzonych i o środkach, które nie przebyły kontroli prób klinicznych. Wrażenie jest tem przykrzejsze, że niedokładnie poinformowana publiczność przyjąć gotowa tę wiadomość, jakby podaną niejako pod firmą Akademii, która przecież ogłasza każdą pracę, o ile tok przedstawienia rzeczy odpowiada wymaganiom metodyki naukowej, ale nie bierze żadnej odpowiedzialności ani za ścisłość i trafność przytoczonych w pracy spostrzeżeń, ani za wysnute z nich wnioski, bo niema ani możności, ani obowiązku przeprowadzać badania kontrolne. Przez podawanie takich wiadomości nadużywa się powagi Akademii i wprowadza publiczność w błąd. Na ogłoszenie wspomnianej wiadomości w każdym razie przynajmniej o wiele jeszcze zawcześnie.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 23. b. r. opinię w sprawie zmiany taksy leczenia w szpitalach powszechnych w Złoczowie i Stryju, dalej w przedmiocie aptek domowych i farmaceutycznych aparatów ratunkowych lekarzy, powzięła uchwały w sprawie utworzenia okręgów sanitarnych w Kołaczycach (powiat jasielski) i Łomny (powiat turczański) i w sprawie reorganizacyi okręgów sanitarnych w pow. cieszanowskim, wreszcie przyjęła sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych w kraju za r. 1905 wraz z opartymi na niem wnioskami.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej rozdał na posiedzeniu w d. 29. IV., wspólnem z delegatami Tow. lek. gal., 11 zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach, na posiedzeniu zaś w dniu 6. V. postanowił udzielić poparcia jednemu lekarzowi Kasy chorych i lekarzom domowym szpitala izraelickiego we Lwowie w ich staraniu o poprawę wynagrodzenia, nadto przeprowadził pierwsze czytanie nowego projektu deontologii lekarskiej.

— Związek lekarzy rządowych galicyjskich, chcąc uczcić ustępującego ze stanowiska członka swego, zasłużonego dra Józefa Barzyckiego, inspektora sanitarnego, postanowił z inicyatywy dra W. Czyżewicza zamiast banalnych pożegnań na kosztownych zjazdach i ucztach, urządzić składkę na fundusz imienia Jubilata. Fundusz ten, na który złożyli się niemal wszyscy lekarze rządowi, złożył Wydział Związku Jubilatowi w dniu 27. IV. b. r., przyczem przemawiał prezes Związku, dr Władysław Czyżewicz, w serdecznych słowach podnosząc zasługi Jubilata i Jego wielkie zalety koleżeńskie. Fundusz, wynoszący obecnie 840 K, ma Jubilat, jak słychać, przelać do Towarzystwa lekarzy galicyjskich z przeznaczeniem na zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach powiatowych.

Jubileusz urzędowania dra Barzyckiego zbiega się niemal z czterdziestą rocznicą Jego doktoratu. Czcigodnemu Jubilatowi składamy życzenia, by kraj mógł długie jeszcze lata korzystać z Jego doświadczenia i pracy, równie skutecznej, jak dotychczasowa.

— Do poważnych prac asanacyjnych zaliczyć należy regulacyę przepływającej przez miasto Pełtwi, co wraz z założeniem pól irygacyjnych dokonane będzie w najbliższych latach kosztem 5,770,000 koron. 90 prc. tych kosztów poniesie fundusz krajowy i państwowy. Regulacya ta umożliwi racyonalną kanalizacyę miasta, osuszenie kilku jego dzielnic i dalsze przesklepienie Pełtwi w obrębie miasta, a pola irygacyjne oszczędzą kosztów sztucznego oczyszczania cieczy kanałowej.

Warszawa. Warszawskie Towarzystwo odontologiczne odbyło 3 posiedzenia w marcu (15., 19. i 26.) i jedno w kwietniu (9.). Na posiedzeniach tych odbyły się odczyty p. Krakowskiego: »Trzy przypadki rozrostu miazgi, spostrzegane u jednego osobnika«, Goldberga: »O artykulacyi zębów«, Kona: »O leczeniu zgorzeli miazgi trikrezol-formaliną«, Idzikowskiego: »O zdejmowaniu wycisków«, oraz szereg demonstracyi. — Grono dentystów warszawskich wniosło do władz podanie o legalizacyę zawodowego »Koła odontologów polskich« w Warszawie, do którego mogliby należeć także dentyści, zamieszkali poza granicami Królestwa. Zorganizowało się też w Warszawie Towarzystwo wzajemnej pomocy techników dentystycznych (»Kron. dent.« 5). W ten sposób naukowych i zawodowych stowarzyszeń dentystycznych jest obecnie w Polsce aż pięć. — Na tem jednak nie koniec, bo na Wiecu odontologów warszawskich odbytym 16. III. b. r. w sprawach zawodowych (drożyzna materyałów dentystycznych, byt ekonomiczny dentystów), na których wygłoszono 9 referatów w tych sprawach, uchwalono założyć Związek dentystów polskich. Będzie to więc szóste stowarzyszenie dentystyczne w ciągu niespełna roku.

— Epidemia duru powrotnego, szerząca się w Warszawie coraz groźniej, ujawnia jaskrawo, po raz niewiadomo już który, opłakany stan szpitalnictwa warszawskiego i skutki biurokratycznych w niem rządów. Według »Gazety lek.« (Nr 16) jest szpital św. Stanisława zapełniony prawie wyłącznie chorymi na dur powrotny (25. IV. było ich 104), przez co brak miejsca na innych chorych zakaźnych; chorzy ci, kołatając napróżno kolejno do innych szpitali, roznoszą po mieście zarazy, albo, jak np. chorzy na różę, przyjmowani do rozmaitych szpitali, budzą słuszne obawy wśród chirurgów, którzy teraz »boją się dokonywać operacyi aseptycznych«. A tymczasem pawilon na 100 łóżek, zbudowany na wypadek cholery, zajmują... kozacy. Dzienniki zaś donoszą, że Miejska Rada dobroczynności, bezsilna wobec bankructwa szpitalnego,

żąda, by Magistrat urządził w dawnym gmachu szpitala izraelickiego tymczasową lecznicę epidemiczną na 100 łóżek; Magistrat zaś broni się przed tem energicznie, ofiarując tylko 1,800 rbs. na urządzenie 25 łóżek. A tymczasem wśród tych sporów epidemia duru powrotnego potężnieje.

— Ze świeżo wydanego sprawozdania szpitala Anny-Maryi w Łodzi, które opracował dyrektor szpitala dr J. Brudziński, wynika, że w pierwszym roku działalności szpitala udzielono 20,061 porad ambulatoryjnych 13,022 dzieciom, do szpitala przyjęto 1,195. Śmiertelność wynosiła 9·8 prc., odsetek zupełnych wyleczeń 37·7 prc, poprawy 18·4 prc. Na oddziele chorób wewnętrznych leczono 471 (śmiertelność 23 prc.), na płoniczym 240 († 25 prc., z 35 leczonych surowicą † 11 = 31 prc.), błoniczym 80 i t. d.; przez stacyę obserwacyjną przeszło 65 dzieci. Lekarze szpitala ogłosili drukiem 10 prac. W szpitalu, obliczonym na 120 łóżek, a posiadającym obecnie 90 łóżek stałych i 16 zapasowych, pracowało 8 lekarzy, prócz 3 specyalistów. Koszt leczenia na dzień i głowę wynosił 1,10 rb. Sprawozdanie zawiera ciekawe szczegóły o zastosowaniu jaknajwiększej izolacyi przy przyjmowaniu chorych zakaźnych i t. d.

Z różnych stron. Liczba prenumeratorów »Münchener med. Wochenschrift« przekroczyła w r. 1907 — 11,000. Z czystych dochodów przelali wydawcy niemniej jak 17,000 Mk. na rozmaite cele lekarskie (fundusze wdów i sierot, zapomogi dla Towarzystw, stypendya i t. p.).

— Dla roztrząsania ważnych zagadnień z zakresu medycyny sądowej, a zwłaszcza psychiatryi sądowej, tworzą się w Niemczech coraz częściej związki, złożone z prawników i lekarzy.

— Zjazd międzynarodowy w sprawach ratownictwa (pierwszej pomocy w nagłych przypadkach) odbędzie się z wiosną r. 1908 we Frankfurcie n. M.

— Uniwersytet moskiewski otrzymał zapis bogacza Ledencowa w kwocie miliona rubli.

— Akademię wojskowo-lekarską w Petersburgu znowu zamknięto; wydalono z niej przytem 39 słuchaczy.

— Ministrem oświaty w Hiszpanii jest obecnie lekarz, dr Cabanas.

— Obie Izby sejmowe szwedzkie uchwaliły 13. IV. b. r. ustawę, dopuszczającą kobiety na stanowiska lekarzy szpitalnych.

Mianowani: Dr Edward Żebrowski docentem chorób wewnętrznych w Kijowie;

dr Vicarelli nadzw. profesorem położnictwa w Turynie.

Powołani: Prof. Wagenmann z Jeny na katedrę okulistyki do Strassburga; na miejsce prof. Bergmanna w Berlinie Bier (z Bonn).

Zmarli: Dr Th. H. Wakley, naczelny redaktor pisma »Lancet«; inicyator francuskiego zakładu dla badania raka, prof. Poirier (na raka trzustki) w Paryżu; otyatra doc. Klug w Peszcie; b. prof. kliniki lekar. w Charkowie Kremiański.

Redakcya otrzymała: Doc. Lemberger: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austr. Cz. II. Zeszyt 15 (Resina Colophonium — Theobrominum). — Brudziński: I Sprawozdanie roczne z działalności szpitala Maryi-Anny w Łodzi. Odb. »Czas. lek.« 1907. — T. Dunin: Władysław Krajewski. Warszawa 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Steuermark: Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii (z demonstracyą).

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 25. maja 1907 r.** o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska 11).

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik dr Schellenberg. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski wydziału w sprawie zmiany statutów. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

We Lwowie, dnia 4. maja 1907.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Jodofan, nowy organiczny przetwór jodowy, zastępujący jodoform, zaleca dr H. Eisenberg z Berlina (»Münchener medizin. Wochenschrift« Nr 12, 1907). Zdaniem E. środek ten jest wolny od znanych wad jodoformu. Jodofan jestto proszek czerwonawo-żółty, zupełnie bezwonny i bez smaku, nierozpuszczalny w zwykłych odczynnikach, przewyższający o tyle jodoform, że rozwija w całej pełni swe działanie przeciwgnilne także w ranach powierzchownych, wystawionych na przystęp powietrza, co w hodowlach znajduje swój wyraz przez ustanie wzrostu już w odległości 1 ctm. Dotychczasowe doświadczenie poucza, że jodofan jest środkiem zupełnie niedrażniącym i nietrującym. Proszek posypuje się w cienkiej warstwie lub też używa się gotowej gazy 10 prc.

Autor stosował jodofan w 49 przypadkach operowanej zanokcicy, zropiałych kaszaków i czyraków, dalej po oparzeniach, uszkodzeniach przez cięcie, ukąszenie, zgniecenie, w ranach ciętych skóry, mięśni i ścięgien, w wilgotnych wypryskach, we wrzodzie miękkim, we wrzodach goleni, owrzodzeniu odleżynowem pochwy, po zeszyciu krocza, często z nadzwyczajnym wynikiem. Z niektórych przypadków wynika wyraźnie, że jodofan przyspiesza tworzenie się naskórka. Dowodem wielkiej siły odkażającej jodofanu jest przypadek niedającego się operować raka części pochwowej macicy, gdzie można było gazę jodofanową pozostawić w pochwie przez 2 dni bez powstania cuchnienia, które przy używaniu jodoformu dotkliwie uczuwać się dawało. *Hr.*

Antisklerozyna jako środek leczniczy przy stwardnieniu tętnic jest przedmiotem pracy, jaką ogłasza Fr. Kozen (Tidsskriff forkemi, Farmaci og Terapi 1907, Nr 6). K. stosuje środek ten od 2½ lat. Stosował go w wyraźnem stwardnieniu tętnic, jakoteż w 8 przypadkach udarów i był z wyników bardzo zadowolniony. Przypadki te, częściowo ciężkie, dają możność ocenienia dużej wartości antisklerozyny jako środka, prowadzącego do szybkiej i wyraźnej poprawy. *Ll.*